

OTALGIA, DOLOR EN EL OÍDO

OTALGIA, PAIN IN THE EAR

DR. ERNESTO RIED (1)

(1) Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: eried@clinicalascondes.cl

RESUMEN

La otalgia o dolor de oídos, puede ser consecuencia de una enfermedad otológica (otalgia primaria u otogénica) o generarse a partir de un proceso patológico y estructuras alejadas del oído (otalgia secundaria o referida). La historia clínica detallada y el examen físico completo de la cabeza y el cuello son suficientes para diagnosticar la causa de la otalgia. A través del examen de la oreja, conducto auditivo externo y la membrana timpánica se confirman casi todas las otalgias primarias. Sin embargo, cuando el examen del oído es normal debemos buscar exhaustivamente en áreas de inervación sensitiva compartida que tiene el oído a través del V, VII, IX y X par craneal y las ramas cervicales C2 y C3.

En los niños, las enfermedades de los oídos son la causa más frecuente de otalgia, siendo la otitis media aguda la más importante; en adultos la otalgia referida es más común.

Palabras clave: Oinalgia, otalgia primaria, otalgia referida.

SUMMARY

Otalgia, ear pain, can be a consequence of otology disease (primary or otogenic otalgia) or can arise from pathologic processes and structures far away from the ear (secondary or referred otalgia). A complete medical history and full head and neck examination usually is enough to diagnose the cause of otalgia. A careful inspection of the pinna, external auditory canal and tympanic membrane can confirm almost all primary otalgia. However, when the ear exam is normal, we should look for the cause in the V, VII, IX and X cranial nerves and C2 and C3 cervical nerves territories.

In children, ear disease is far and away the most common

cause of otalgia, acute otitis media is the most important; in adults referred Oinalgia is most common.

Key words: Oinalgia, primary otalgia, secondary otalgia.

INTRODUCCIÓN

La otalgia o dolor de oídos es un síntoma muy común de consulta para el médico general y para el especialista en otorrinolaringología. Sus causas pueden ser muy diversas y varían de acuerdo al grupo etario, sexo y síntomas que la acompañan.

Si su origen es en el oído hablamos de otalgia primaria y si proviene de otro lugar se denomina otalgia secundaria o referida.

El oído posee una rica red de terminaciones nerviosas sensitivas en sus distintas porciones:

- Pabellón auricular está inervado por ramas del V, VII y X par craneal más ramas de los nervios cervicales C2 y C3.
- Conducto auditivo externo por ramas del V, VII y X par craneal.
- Membrana timpánica por ramas del VII, IX y X par craneal.
- Oído medio por ramas del V, VII y IX par craneal.

Estos cuatro nervios craneanos y las ramas cervicales inervan a su vez a otras estructuras cercanas que deben ser revisadas en los pacientes que consultan por dolor de oídos. La manera de realizar el diagnóstico de la otalgia es mediante una historia detallada y un examen físico completo. En los antecedentes médicos a considerar, la edad es muy importante. En los niños, la otitis media aguda es sin duda la causa más frecuente de otalgia y la historia de un cuadro respiratorio reciente, presencia de fiebre, decaimiento y rechazo

alimentario son característicos. Así lo es también en la época de verano, donde la concurrencia a piscinas hace elevar la incidencia de otitis externa por la entrada de agua contaminada en los oídos. En adultos, la otalgia referida es mucho más frecuente, ya sea de origen nasal, faríngeo, dental o músculo esquelético (1,2).

Las características del dolor también pueden ayudar en el diagnóstico del origen de la otalgia. El dolor asociado a un proceso infeccioso es continuo y tiende a ir en aumento con el paso de las horas o días, en cambio el dolor intermitente se podría asociar a un problema de la articulación temporomandibular y desencadenarse en relación a movimientos de la boca. Los síntomas como otorrea, plenitud ótica o baja auditiva sugieren una otalgia primaria y los síntomas como fiebre, dolor de garganta, reflujo gastroesofágico, molestias nasosinusales o dentales se asocian más a una otalgia referida.

El examen físico debe considerar una cuidadosa revisión del pabellón auricular, el área post auricular, conducto auditivo externo y la membrana timpánica. Además de un cuidadoso examen completo de las fosas nasales, cavidad oral, el cuello y la laringe. En la mayoría de los casos, la historia y los hallazgos del examen físico son suficientes para hacer el diagnóstico de la causa de la otalgia, ya sea primaria o referida, pero en algunas ocasiones es necesario complementar el estudio con otros exámenes como: audiometría, impedanciometría, tomografía computarizada, resonancia nuclear magnética o endoscopias.

A. OTALGIA PRIMARIA

La causa más frecuente de otalgia primaria es la enfermedad infecciosa aguda del oído, pero también puede deberse a enfermedades crónicas, trastornos mecánicos, neoplasias o disfunción de la trompa de Eustaquio.

I.- Trastornos del oído externo: se sugiere hacer una numeración

1. Foliculitis aguda es un cuadro doloroso, generalmente resultado de la infección por bacterias Gram-positivas de un folículo piloso obstruido. Por esta razón, se encuentra restringido a la parte más lateral del conducto auditivo externo donde se encuentran los pelos. En ocasiones puede evolucionar a un pequeño absceso y producir una inflamación de los tejidos más profundos como una pericondritis. El tratamiento debe incluir antibióticos sistémicos efectivos contra *Staphylococcus Aureus* y en ocasiones una incisión o drenaje pueden ayudar a aliviar el dolor y acelerar la recuperación.

2. Otitis externa difusa corresponde a un proceso infeccioso de la piel del oído externo. Tiene una mayor prevalencia

en los meses de verano por la entrada de agua contaminada del mar o piscinas en el oído y en quienes manipulan sus oídos con cotones o usan audífonos que impiden la expulsión normal del cerumen. Encontramos grados variables de la enfermedad que van desde: la inflamación de la piel del conducto que puede estar enrojecida, sensible y dolorosa a la tracción de la oreja; al edema y obstrucción del conducto por restos de piel, cerumen macerado y/o secreción purulenta.

La otalgia se puede acompañar de sensación de oído tapado, baja auditiva, picazón y eventualmente otorrea. En el examen físico podemos encontrar un conducto eritematoso e inflamado que nos impide ver su porción medial y la membrana timpánica. La infección puede extenderse a los tejidos del pabellón auricular haciendo muy dolorosa su movilización. Las bacterias más frecuentemente encontradas son las: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, bacilos Gram negativos y ocasionalmente hongos.

El tratamiento consta de:

- Limpieza del conducto auditivo externo, que habitualmente está muy sensible y estrecho, debiendo en ocasiones retrasarse uno o dos días para remover los restos de cerumen y piel macerados. Si es necesario este procedimiento debe ser repetido.
- Gotas otológicas con antibióticos que logran una alta concentración en los tejidos afectados reduciendo la formación de cepas resistentes (3). Si se acompaña de un proceso inflamatorio importante se pueden indicar las que contienen además corticoides para disminuirlo (4). La duración del tratamiento debe ser de al menos 7 días.
- Evitar la entrada de agua en los oídos.
- Analgésicos anti-inflamatorios por vía oral como ayuda al manejo del dolor.
- Calor local

La correcta colocación de las gotas permite el éxito del tratamiento. El paciente debe acostarse de lado. Las gotas deben ser administradas por "otra" persona para evitar la colocación excesiva y los problemas asociados (hongos, maceración de la piel, entre otros). Deben estar tibias (37°) para evitar mareos o vértigos y permanecer 5 minutos en esa posición.

El uso de antibióticos sistémicos está reservado solo en caso de sospecha de complicación y extensión del proceso inflamatorio a tejidos vecinos, siendo los más utilizados las quinolonas (5).

Debe plantearse el diagnóstico diferencial con un cuadro de otitis media aguda supurada, si logramos visualizar la membrana timpánica normal o levemente enrojecida se confirma el diagnóstico de una otitis externa. A su vez si

vemos un tímpano abombado, perforado con otorrea se confirma el diagnóstico de otitis media aguda supurada. Cuando no logramos ver la membrana timpánica los antecedentes de la anamnesis son relevantes, en caso de que la duda diagnóstica persista se debe tratar con antibióticos sistémicos y gotas locales.

3. Otitis externa necrotizante se trata de una infección grave que se presenta en pacientes inmunocomprometidos como diabéticos, HIV+ y ancianos. Progresó hasta el hueso y se caracteriza por otalgia intensa, otorrea con tejido de granulación y mala respuesta al tratamiento habitual pudiendo comprometer pares craneales inferiores o el nervio facial. Es un cuadro rápidamente progresivo que puede llevar a la muerte. Se produce por *Pseudomonas aeruginosa* y su tratamiento debe ser con antibióticos endovenosos y debridación quirúrgica en pabellón.

4. Impactación de tapones de cerumen o piel duros y compactos puede originar heridas o erosiones al intentar extraerlos o manipularlos. Generalmente se manifiesta como un dolor muy intenso posterior a la maniobra. Si no hay signos de infección y hay mucho dolor se puede tratar con analgésicos, gotas óticas y diferir su extracción si el paciente no tolera el procedimiento. Si es posible, se sugiere hacer la extracción bajo microscopio.

5. Miringitis bullosa u otitis gripe es una causa importante de otalgia y en ocasiones otorrea sero-hemática. Su comienzo es brusco y se produce al inicio de un cuadro agudo viral. Al examen se caracteriza por la presencia de una o varias bullas serosas o hemorrágicas que están sobre la membrana timpánica y a veces sobrepasan sus límites extendiéndose a la piel del conducto auditivo externo óseo. Pueden acompañarse de sensación de oído tapado, sin tener claramente una baja auditiva en sus etapas iniciales. Lo habitual es que la otalgia dure unas horas y las bullas un par de días. Responde bien a las gotas óticas que contienen anestésico y corticoides, sin embargo, el cuadro gripe que lo originó puede evolucionar o progresar a una otitis media aguda en 24 a 48 horas por lo que es conveniente advertir de esta situación al paciente o a sus padres y citarlo a control en un par de días para ver su evolución. El uso de analgésicos orales y el calor local son una ayuda importante durante el periodo agudo de dolor.

6. Herpes ótico o Síndrome de Ramsay-Hunt, se caracteriza por la presencia de dolor intenso como una quemadura en el oído sin otros hallazgos en una etapa inicial. Es posible que 24 a 48 horas después podamos encontrar las vesículas propias del herpes a nivel de la concha auricular y posteriormente en el conducto auditivo externo y comenzar un tratamiento antiviral con Aciclovir o Valaciclovir. Debemos

recordar que la rama sensitiva del VII par se encuentra afectada y si la infección progresa hasta el ganglio geniculado puede producir una parálisis facial secundaria que ocurre en el 50% de los casos. Por esta razón se pueden asociar corticoides en altas dosis en etapas iniciales (6,7).

7. Neoplasias del oído externo. El 90% de los tumores malignos de origen epitelial se localizan en cabeza y cuello, de estos sólo el 8% están en la región auricular y la mayoría de estos corresponden a carcinomas de células basales o carcinoma de células escamosas. Se encuentran en pacientes de edad avanzada y con antecedente de exposición solar. La otalgia intensa está presente en los tumores del conducto auditivo externo y no en los del pabellón auricular. Los carcinomas epidermoides o de células escamosas pueden manifestarse como una otitis externa que no responde a tratamiento y parecer como una lesión ulcerada de bordes irregulares. Se sugiere realizar biopsia y scanner que descarte la infiltración del hueso para asegurar el diagnóstico diferencial (8).

8. Pericondritis y condritis corresponde a la inflamación e infección del pericondrio y cartílago del pabellón auricular y del conducto auditivo externo. En estos casos la oreja se ve roja, engrosada, dolorosa y caliente al tacto. Debe tratarse con antibióticos activos contra *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*, siendo de elección las quinolonas. En algunas ocasiones es necesario realizar un aseo quirúrgico o pequeño drenaje si se ha producido un absceso localizado.

II.-Trastornos del oído medio:

1.- Otitis media aguda (OMA). La principal causa de otalgia en la población infantil es la que se caracteriza por otalgia intensa, ocupación del oído medio por líquido seroso, mucoso o purulento y signos inflamatorios (9). Como signos y síntomas agregados podemos encontrar fiebre, decaimiento, compromiso del estado general y una historia de virosis respiratoria reciente. Es más prevalente en niños que asisten a sala cunas, están expuestos al humo del cigarro, tienen alergias, entre otros. (10).

La OMA es posiblemente uno de los diagnósticos más frecuentes de los pediatras en la temporada de otoño e invierno y la historia clínica más el examen físico son claves en el diagnóstico. Sin embargo, existen diferentes interpretaciones de la otoscopia si esta es realizada por un médico general, un pediatra o un otorrinolaringólogo. Afortunadamente la bacteriología asociada a este cuadro es de consenso y las bacterias más frecuentemente asociadas a la OMA son el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y más atrás la *Moraxella catarrhalis*.

El tratamiento de elección en un cuadro aislado y en un paciente sin tratamientos antibióticos previos, es la amoxici-

lina a dosis de 90-100mgr/kgrs al día dividido en 2 dosis por 7 a 10 días, pudiendo acompañarse de algún antiinflamatorio o descongestionante por unos días mientras cede el dolor, el calor local puede ayudar en las etapas agudas de dolor.

La sensación de oído tapado, plenitud ótica y/o baja auditiva pueden persistir por un par de semanas y en la otoscopía la presencia de líquido a través de la membrana timpánica. Si la OMA es pesquisada en una etapa inicial donde hay congestión timpánica y una dudosa presencia de líquido en el oído medio, se podría dejar un tratamiento con anti-inflamatorios y ser citado a control en 24 a 48 horas. Si el paciente consulta en forma tardía podría llegar sin dolor ni fiebre, pero con secreción en su oído secundaria a la ruptura de la membrana timpánica.

2.- Baro-otitis aguda puede ser un cuadro extremadamente doloroso (11). Se produce por la incapacidad de la trompa de Eustaquio de equiparar o compensar los cambios bruscos de presión dentro del oído medio frente a aumentos externos de la presión atmosférica como un descenso en avión o una inmersión de buceo. Debemos recordar que el volumen de los gases es inversamente proporcional a la presión, por lo tanto, el volumen de aire en el oído medio disminuye en forma significativa por la compresión que ejerce la presión externa si esta no es compensada. Esto puede llevar a una retracción severa y dolorosa de la membrana timpánica e incluso a su ruptura. En forma secundaria, con el pasar de las horas y días se puede producir edema, hemorragia y exudado serohemático que producen sensación de oído tapado y baja auditiva. La historia con el antecedente del cambio de presión, más la otoscopia con congestión, hemorragia o líquido en el oído es característica de este cuadro. El tratamiento es habitualmente posterior a la otalgia y consultan por la sensación de oído tapado y baja auditiva. El tratamiento consiste en anti-inflamatorios y descongestionantes tópicos y/o sistémicos por unos días y evaluar cuidadosamente las fosas nasales y rinofaringe, intentando descartar patologías a ese nivel.

3.- Mastoiditis aguda es una complicación de una OMA con mala respuesta a tratamiento (12). La zona retro auricular se encuentra enrojecida y levantada pudiendo incluso desplazar el pabellón auricular. Si se llegara a formar un absceso podríamos tener un tejido fluctuante y con posibles complicaciones intra y extratemporales. Es poco frecuente en estos tiempos por el uso de antibióticos y tubos de ventilación, pero debe tenerse presente. Su tratamiento es con antibióticos endovenosos y según la respuesta clínica, drenaje quirúrgico en pabellón. La tomografía computada de oídos es una herramienta fundamental en el diagnóstico ya que nos muestra una destrucción ósea y una zona coalescente.

B. OTALGIA REFERIDA

La otalgia referida o secundaria es por definición la sensación de dolor ótico en presencia de un examen físico del oído totalmente normal. Puede originarse por diversos mecanismos dada la compleja inervación sensitiva del pabellón auricular, del conducto auditivo externo y del oído medio. Embriológicamente entre los arcos y hendiduras branquiales se forman las estructuras del oído, la cara y el cuello, cada uno de ellos tiene un tronco nervioso va a dar origen a múltiples terminaciones sensitivas. Por lo tanto, si se genera un estímulo doloroso en alguno de estos territorios el cerebro es incapaz de distinguir su origen y el paciente siente como real el dolor en el oído a pesar de originarse en un lugar distante. Es importante mencionar además que la severidad del dolor no tiene relación con la gravedad del cuadro, es posible que una otalgia severa se pueda deber a una faringo-amigdalitis aguda y una otalgia moderada, persistente e insidiosa ser secundaria a un carcinoma faríngeo o laringeo (13-16).

Ciertos tipos de otalgia se asocian a terminaciones nerviosas como por ejemplo: el nervio aurículo-temporal, rama del V par, se puede ver afectado por la disfunción de la articulación temporo-mandibular, alteraciones dentales, neuralgia del trigémino, osteomielitis de la mandíbula y tumores. El nervio auricular posterior, rama del VII par, se puede afectar por cuadros de herpes zoster y tumores. El nervio de Jacobson, rama del IX par, se ve afectado por amigdalitis, faringitis, sinusitis, tumores faringo-laringeos y neuromas del glosofaríngeo. El nervio de Arnold, rama del X par, se ve afectado por reflujo laringo-faringeo, espasmos del cricofaringeo y estímulos vagales. El auricular mayor, rama de C2, y los nervios occipitales menores, ramas de C3, se ven afectados por enfermedades degenerativas de la columna cervical, quistes radiculares cervicales tipo Arnold-Chiari, latigazo cervical, enfermedades vasculares, fibromialgia y causas psicogénas. Por lo tanto, se requiere de una historia clínica detallada y un examen físico completo de todas las partes de la cabeza y el cuello en los pacientes que consultan por otalgia. La otalgia referida es más frecuente en adultos y en mujeres e incluso puede ser el síntoma inicial de un proceso que aún no es evidente en el examen ni en la historia clínica como puede ser un tumor o un proceso infeccioso incipiente.

I.- Trastornos oro-maxilofaciales:

1. Sinusitis aguda que se origina en el seno maxilar o celdillas etmoidales puede dar origen a una otalgia referida dado que son inervados por la segunda rama del V par craneal. Generalmente es un dolor sordo y fluctuante que se puede acompañar de dolor o sensibilidad en los molares superiores, obstrucción nasal, rinorrea mucopurulenta, anosmia y descarga posterior. La fiebre, decaimiento y malestar general están presentes en los cuadros agudos.

La rinoscopía en un caso de sinusitis aguda puede mostrar una mucosa edematosas, congestiva y secreción mucopurulenta. Sin embargo, la ausencia de estos signos no descarta una sinusitis crónica por lo que se sugiere solicitar un scanner de cavidades perinasales ante la sospecha clínica.

El tratamiento de la sinusitis aguda es en base a antibióticos sistémicos, descongestionantes, irrigaciones con soluciones salinas y analgesia. Las sinusitis crónicas son de tratamiento variable por lo que deben considerarse factores predisponentes como rinitis alérgica, factores anatómicos y reagudizaciones. El manejo habitual es con irrigaciones nasales, corticoides nasales y antibióticos sistémicos ocasionales.

2. Oinalgia secundaria a patología: es habitual ya que los dientes y muelas son inervados por ramas del V par craneal (17,18). Se debe evaluar antecedentes de trastornos dentales antecedentes dentales o tratamientos recientes. Los abscesos peri-apicales son frecuentes en niños y adultos y muchas veces no tienen manifestaciones orales en etapas iniciales, la sensibilidad dental a la percusión suave con el baja lengua es clave para sospecharlos, pero en etapas más avanzadas es posible encontrar la encía inflamada, edematosas y abombada en relación a un absceso o una zona inflamada y sensible en relación a una carie complicada. Se debe solicitar una evaluación dental ante un paciente sin un origen claro de la oinalgia o cuando tenemos fuerte sospecha que provenga de ahí.

3. Úlceras o aftas orales: pueden producir oinalgia referida, más si se localizan en la parte posterior de la lengua o en la región peri amigdalina. De hecho es frecuente que pacientes amigdalectomizados se quejen de oinalgia y no de dolor faríngeo durante el período post-operatorio. Su tratamiento es en base a analgésicos y antisépticos bucales.

4. Trastornos de la articulación temporo mandibular (ATM): son responsables del 25% de las oinalgias referidas según estudios de grandes series (19). Los trastornos de la ATM son un conjunto de alteraciones músculo-esqueléticas que afectan a la articulación, los músculos de la masticación, o a ambos. Un 65% de los pacientes con trastornos de la ATM se queja de oinalgia (16,18). El dolor se puede originar como consecuencia de un daño propio en la articulación o por espasmos en los músculos masticatorios como el temporal, masétero, o pterigoideos interno y externo. El bruxismo (apretar los dientes mientras se duerme), los trastornos de oclusión y el stress son factores predisponentes. Las lesiones de la articulación pueden producir resalte o crépitos al abrir la boca, bloqueo o limitación de la apertura bucal, aunque la presencia de estos síntomas no son sinónimo de oinalgia.

El dolor puede ser de intensidad variable, en algunos casos invalidante, se centra sobre la articulación o a nivel del conducto auditivo externo, si es secundario a bruxismo, suele tener un predominio matinal. El examen físico debe incluir la palpación de la ATM en reposo y con la apertura bucal que habitualmente se encuentra sensible. Las alteraciones de la ATM pueden acompañarse de tinnitus y sensación de oído tapado, e incluso alteraciones del equilibrio. El dolor que se origina por espasmos o contractura de los músculos masticatorios se produce a nivel mio-fascial y puede o no asociarse a patología articular. Se puede diagnosticar con la palpación dirigida sobre estos músculos superficialmente como de forma intra-oral y se caracteriza por un dolor sordo de intensidad moderada que se agrava con la masticación. El objetivo principal del tratamiento es hacer descansar a la musculatura y la articulación comiendo una dieta blanda, evitando masticar chicle y la aplicación de calor. El uso de anti-inflamatorios y planos de relajación son muy comunes. El diagnóstico avanzado con resonancia nuclear magnética, artroscopía, ortodoncia o corrección quirúrgica son herramientas de la especialidad.

5. Algunas alteraciones del cuello: pueden producir oinalgia secundaria, a una adenopatía inflamatoria o a una tiroiditis, pero lo más frecuente es el reflujo ácido faringo-laringeo, que produce oinalgia bilateral, disfonía y sensación de cuerpo extraño o globus hipo-faríngeo (20). El diagnóstico se puede sospechar por la historia clínica y si empeora con el uso de anti-inflamatorios, puede confirmarse mediante nasofibroscopia. Su tratamiento considera un cambio en los hábitos de alimentación, evitando cigarrillo, café y alcohol. La terapia medicamentosa se basa en el uso de inhibidores de la bomba de protones como omeprazol o derivados y ocasionalmente se pueden usar anti-inflamatorios COX-2 selectivos como el celecoxib para aliviar la oinalgia. A este nivel también podríamos encontrar úlceras, lesiones inflamatorias, tumores, etc.

La oinalgia puede ser el único síntoma de un tumor, por lo que un dolor inexplicable en un adulto requiere de un examen completo de la nasofaringe y laringe en busca de una neoplasia oculta, desconfiando más aun en caso de baja de peso, odinofagia, disfagia o disfonía y ante factores de riesgo con son el tabaquismo y la ingesta de alcohol (21).

6. Asociado a enfermedades degenerativas en la columna cervical: es posible encontrar puntos de gatillo en la musculatura masticatoria, musculatura cervical e incluso en la musculatura de los hombros que pueden manifestarse como un dolor referido a los oídos. Se describe como un dolor profundo en el oído y se puede acompañar de plenitud ótica, vértigo y desequilibrio. Su tratamiento se basa en el uso de anti-inflamatorios y medidas físicas como masajes

y aplicación de calor y/o hielo. Excepcionalmente se hacen bloqueos con anestésicos o sustancias quelantes en los puntos de gatillo (19,22,23).

SÍNTESIS

La otalgia es un síntoma frecuente de consulta y sus causas pueden ser múltiples. La historia clínica detallada y el examen físico completo nos dan la oportunidad de diagnosticar un número importante de ellas, e incluso sospecharlas antes de examinar al paciente. La **otalgia primaria** se origina por una enfermedad del oído externo, medio o interno y la **otalgia referida o secundaria** surge de patologías fuera del oído. Este síntoma puede significar un desafío importante para el médico, que literalmente debe buscar y revisar en forma

sistemática las diferentes partes de la cabeza y el cuello en busca del origen del dolor. Debemos recordar que la simple presencia de alguna anomalía no implica que sea la causa del dolor, resalte articular en la ATM, desviación septal o secreción purulenta, así como la ausencia de un resultado favorable no debe hacernos perder la esperanza de encontrar el origen. No es infrecuente que en un control posterior, después de una visita al odontólogo, o después de un scanner se establezca el diagnóstico y se procure el tratamiento adecuado.

En los niños, la otalgia primaria es más frecuente y la principal causa es la OMA, y de las secundarias las amigdalitis, faringitis y rinosinusitis acompañadas de síntomas sistémicos. En los adultos, la otalgia secundaria es más frecuente y **es más marcada aún en las mujeres**.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Majumdar S, Wu K, Bateman ND, Ray J. *Diagnosis and management of otalgia in children*. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2009;94:33-36.
2. Murtagh J. *The painful ear*. Aust Fam Physician. 1991;20:1779-1783.
3. Rosenfeld RM, Singer M, Wasserman JM, Stinnett SS. *Systematic review of topical antimicrobial therapy for acute otitis externa [review]*. Otolaryngol Head Neck Surg 2006;134(Suppl 4):S24-48.
4. Rosenfeld RM, Brown L, Cannon CR, et al. *Clinical practice guideline: acute otitis externa*. Otolaryngol Head Neck Surg 2006;134(Suppl 4):S4-23.
5. Roland PS. *External otitis: a challenge in management*. Curr Infect Dis Rep 2000;2(2):160-7.
6. Quant EC, Jeste SS, Muni RH, et al. *The benefits of steroids versus steroids plus antivirals for treatment of Bell's palsy: a meta-analysis [review]*. BMJ 2009;339:b3354.
7. Muecke M, Amedee RG. *Herpes zoster oticus: diagnosis and management*. J La State Med Soc 1993;145(8):333-5.
8. Visvanathan V, Kelly G. *12 minute consultation: an evidence-based management of referred otalgia*. Clin Otolaryngol. 2010;35:409-414.
9. Neilan RE, Roland PS. *Otalgia*. Med Clin North Am. 2010;94:961-971.
10. Goycoolea MV, Torrente MA. *Patología general de la otitis media*. Suárez C, Gil-Carcedo, *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. 2^a edición. Buenos Aires. Ed Panamericana, 2007:p1373-82.
11. Mirza S, Richardson H. *Otic barotraumas from air travel*. J Laryngol Otol 2005; 119:366-70.
12. Geva A, Oestreicher-Kedem Y, Fishman G, et al. *Conservative management of acute mastoiditis in children*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2008;72(5):629-34.
13. Yanagisawa K, Kveton JF. *Referred otalgia*. Am J Laryngol Otol 2005;119:366-70.
14. Wazen JJ. *Referred otalgia*. Otolaryngol Clin North Am. 1989;22:1205-1215.
15. Reiss M, Reiss G. *[Differential diagnosis of otalgia]* Schmerz. 1999;13:392-397.
16. Charlett SD, Coatesworth AP. *Referred otalgia: a structured approach to diagnosis and treatment*. Int J Clin Pract 2007;61(6):1015-21.
17. Kreisberg MK, Turner J. *Dental causes of referred otalgia*. Ear Nose Throat J 1987;66:398-408.
18. Kim DS, Cheang P, Dover S, et al. *Dental otalgia*. J Laryngol Otol 2007;121: 1129-34.
19. Jaber J, Leonetti J, Lawrason A, et al. *Cervical spine causes for referred otalgia*. Otolaryngol Head Neck Surg 2008;138(4):479-85.
20. Ulualp SO, Toohill RJ, Shaker R. *Pharyngeal acid reflux in patients with single and multiple otolaryngologic disorders*. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;121(6):725-30.
21. Scarbrough TJ, Day TA, Williams TE, Hardin JH, Aguero EG, Thomas CR., Jr *Referred otalgia in head and neck cancer: a unifying schema*. Am J Clin Oncol. 2003;26:157-162.
22. Teachey WS. *Otolaryngic myofascial pain syndromes*. Curr Pain Headache Rep 2004;8(6):457-62.
23. Simons DG, Travel JG, Simons LS. *Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual*. In: *The upper half of body*, vol. 1. 2nd edition. Lippincott, Williams & Wilkins; 1999. p. 278-81, 308-11, 365-9, 379-83.